

年 月 日

(あて先)秋田県知事

申請者	住所
	氏名
	受給者との間柄

特定医療費(指定難病)医療受給者証再交付申請書

特定医療費(指定難病)医療受給者証の再交付について、次のとおり申請します。

受給者番号							
受給者氏名							
受給者住所							
再交付理由	汚損 ・ 破損 ・ 紛失 ・ その他()						

注) 汚損及び破損の場合は、その受給者証を添えて申請してください。